

heparyn resorption").

At the time of hospitalization 7 (35%) patients were detected to have some changes of heart rate. The development of the disease in these patients testified the type of cardioembolic stroke. Pathological features of this type were the following:

- The presence of diffuse myocardial changes (usually postinfarction), left ventricular hypertrophy;
- Not marked atherosclerosis of fine and main arteries;
- Large infarction sites in the cerebral hemispheres (diameter 6 - 12 cm).

11 (55%) patients were established to have atherothrombotic mechanism of acute cerebrovascular accident. The patients were overweight (over 90 kg). During postmortem study we revealed:

- Pronounced cerebral atherosclerosis of vessels in brain, aorta, heart, kidney (vascular color was yellowish);
- Vasoconstriction of atherosclerotic lesions;
- Absence of cardiac pathology that could lead to embolism.

Conclusions. The findings obtained by clinical, neuroimaging, laboratory, postmortem studies have found out the peculiarities of the acute period of ischemic strokes depending on the pathogenetic mechanism of their development. We have distinguished the basic subtypes of stroke in acute period as well as have established the correlation between different pathogenic variants (10% of haemodynamic variant, 35% of cardioembolic variant, and 55% of atherothrombotic variant). Differential diagnosis of various pathogenic variants is based on the presence or absence of atherosclerotic vascular lesions, cardiac disease, hypotension.

УДК 616.61-006-036.22

Литвинець Є.А., Білик І.В.

ВПЛИВ РІЗНИХ ФОРМ РАКУ НИРОК ТА ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ НА ТЕМПЕРАТУРНУ РЕАКЦІЮ ОРГАНІЗМУ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. У хворих на рак нирки доволі частим паранеопластичним синдромом є гіпертермія. Метою нашого дослідження було виявити закономірність виникнення підвищення температури тіла у хворих з пухлинами нирки в залежності від їх гістологічної структури, а також уточнити значення симптому гарячки при пухлинах нирок в діагностиці цього захворювання. Матеріали і методи. Нами проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 120 хворих. Паранеопластична гіпертермія виявлена у 14 (11,7%) випадках. Результати. При гістологічному дослідженні у 120 хворих виявлені різні форми раку нирки та верхніх сечових шляхів. Із 14 хворих з гарячкою, у 78,6% виявлений світлоклітинний варіант, у 7,1% - хромофобний варіант. В 14,3% випадків гіпертермія спостерігалась при перехідноклітинному раку миски. Відсутність підвищення температури тіла відмічено при папілярному і саркоматоїдному варіантах нирково-клітинного раку. Висновки. За наявності гарячки у хворих на рак нирки та верхніх сечових шляхів можна деякою мірою передбачити гістологічну форму пухлини, що важливо в прогностичному плані. Паранеопластична гіпертермія є симптомом світлоклітинного, хромофобного варіантів нирково-клітинного раку, а також перехідноклітинного раку миски. При тривалій неуточненій гіпертермії слід провести урологічне обстеження для виключення пухлини нирки та верхніх сечових шляхів.

Ключові слова: нирково-клітинний рак, паранеопластична гіпертермія, гістологічні форми нирково-клітинного раку.

Вступ

Терміном "рак нирки" найчастіше називають нирково-клітинний рак (НКТ (RCC)), що походить з клітин паренхіми даного органу. Крім нирково-клітинного раку існують пухлини ниркової миски і саркоми (пухлини Вільмса, Wilms tumors), які уражають виключно дітей.

Раніше вважалось, що нирково-клітинний рак походить з наднирників, тому цю категорію новоутворів називали гіпернефромами. На даний час виділяють декілька різновидів НКТ. Найчастіше (в 70-80% НКТ) зустрічається світлоклітинний (непапілярний) тип пухлин (clear-cell RCC). Вважають, що світлоклітинний НКТ виникає з проксимальних відділів ниркових канальців. Другим типовим різновидом НКТ (10-15% випадків) є папілярна карцинома нирок.

Більшість папілярних НКТ відрізняються відносно доброякісним перебігом. Хромофобні пухлини становлять 5% НКТ, і також характеризуються відносно сприятливим прогнозом. Карциноми збірних відділів ниркових канальців зустрічаються досить рідко (менше 1% НКТ), і саме вони є найагресивнішими різновидами новоутворів даної локалізації [1,2,3,4,5,6,7].

Нирково-клітинний рак за поширеністю займає третє місце. На його долю припадає близько 3% в структурі онкологічної захворюваності дорослого населення. Найбільша захворюваність на НКТ спостерігається в країнах Північної Америки та Скандинавії. Дещо нижчий рівень захворюваності населення Південної Америки, Азії, Африки. За даними офіційної статистики в Україні, за останні роки кількість хворих, що пе-

ребувають на обліку 5 і більше років, зросла на 3,8% і у 2010 р. становила 48,9%. Слід наголосити, що за останні роки в Україні найбільш інтенсивним було зростання вперше виявлених хворих на рак нирки (4,2% проти 2,8% раку передміхурової залози та стабілізації ситуації з раком сечового міхура).

Захворюваність на НКР щороку зростає приблизно на 2,5%. Індивідуальний ризик НКР складає 0,8-1,4% в залежності від статі і наявних факторів ризику. Приріст захворюваності НКР частково пов'язаний з широким впровадженням сучасних методів обстежень (ультразвукової діагностики, комп'ютерної томографії, ядерно-магнітного резонансу), що дозволяють виявити дрібні пухлини без жодних клінічних проявів. Натомість частота занедбаних форм НКР продовжує збільшуватися, це свідчить про наявність справжнього приросту захворюваності [5,8]. Згідно даних ряду досліджень чоловіки хворіють НКР в 2 рази частіше ніж жінки. Пік захворюваності припадає на вікову групу 50-70 років, але при обтяженій спадковості ймовірність виникнення НКР в молодому віці значно збільшується [5]. Проблема привертає до себе увагу не тільки зростанням рівня захворюваності, що особливо актуально для України, в міру забруднення радіонуклідами її території внаслідок Чорнобильської катастрофи. Також зростає медико-соціальне значення проблеми, оскільки пік захворюваності на рак нирки та смертність від нього припадає на працездатний вік, незважаючи, на достатній арсенал діагностичних можливостей. Пухлини з проростанням за межі нирки та наявністю віддалених метастазів значно обмежують вибір хірургічної допомоги та погіршують результат. У 15 – 30% хворих, навіть за відсутністю метастазів до операції, після неї розвивається рецидив пухлини. Однією з форм НКР є локальний рецидив, частота якого сягає 37 – 66%. Все це створює несприятливі передумови для тривалості життя хворого та його якості. Зазначені положення вимагають прискіпливого підходу до раннього виявлення патології, що потребує застосування існуючих діагностичних можливостей, а також відповідної обізнаності населення про ймовірний безсимптомний перебіг хвороби.

Саме тому необхідно прискіпливіше ставитися до ранньої діагностики захворювання та врахування всіх можливих факторів ризику виникнення НКР.

Гарячка - це типовий патологічний процес, який характеризується зміною терморегуляції і підвищенням температури тіла, незалежно від температури навколишнього середовища. В еволюції гарячка виникла як реакція організму на інфекцію і тому, крім підвищення температури тіла, при цьому процесі спостерігаються й інші явища, характерні для інфекційної патології. Інтоксикація і самоперегрівання створюють складну картину, у якій явища ушкодження спо-

лучаються з захисними реакціями. Підвищення температури тіла є універсальною реакцією організму на різні подразники, яка реалізується за допомогою пірогенів. У хворих на рак нирки доволі частим паранеопластичним синдромом є гіпертермія, що пояснюється здатністю пухлинних клітин сприяти підвищенню продукування ендогенних пірогенів у вигляді гормонів та різних біологічно активних субстанцій (простагландини, простагліні та ін.). Частота симптому пірексії, за даними різних авторів, становить в межах 6-50%.

Мета дослідження

Виявити закономірність виникнення підвищення температури тіла у хворих з пухлинами нирки в залежності від їх гістологічної структури, а також уточнити значення симптому гарячки при пухлинах нирок та в діагностиці цього захворювання.

Матеріали і методи

Нами проведено ретроспективний аналіз 120 медичних карт стаціонарних хворих, яким проведено радикальне оперативне втручання в урологічному відділенні ЦМКЛ м. Івано-Франківська за останні 10 років з приводу злоякісних пухлин нирок та верхніх сечових шляхів.

Результати та їх обговорення

Паранеопластична гіпертермія виявлена у 14 (11,7%) випадках. У віці 40-50 років було 4 хворих, 51-60 років – 6, 61-70 років – 4 хворих; із них 9 чоловіків і 5 жінок. Локалізація пухлини у лівій нирці була у 9 хворих, у правій – у 5 хворих. Хворих госпіталізували до стаціонару протягом 4-8 міс від моменту прояви перших клінічних симптомів і температури тіла. У всіх виявлених хворих з пірексією до операції відмічалось підвищення температури, яка була в межах 37,4-38,2°C. Гарячка в межах 37,6-38°C, як єдиний симптом захворювання була у 5 хворих, поєднання гарячки, болю в попереку і гематурії – у 6 хворих, гарячка і біль – у 2 хворих, гарячка і гематурія – у 1 хворого. У 7 хворих з гарячкою пухлина визначалась пальпаторно. Температура тіла у 11 хворих була в межах 37,4-38°C, у 3 хворих спостерігалось її підвищення до 39°C.

Після оперативного втручання температура нормалізувалась у 12 хворих. У 2 хворих температура залишалась субфебрильною, а пізніше у них виявлено метастаз: у 1 – в легені, у 1 – в парааортальні лімфатичні вузли.

При гістологічному дослідженні у 120 хворих виявлені різні гістологічні форми раку нирки та верхніх сечових шляхів. Серед 89 хворих (74,2%) з світлоклітинним НКР у 11(12,4%) до оперативного втручання була гіпертермія. З хромомним НКР було 2 хворих (1,7%) з них у 1 (50%) відмічена гіпертермія до оперативного лікування. У 5 хворих (4,2%) з саркоматоїдним, у 9 хворих (7,4%) з папілярним та у 2 (1,7%) з не-

класифікованим НКР даних за гіпертермію не було. Натомість серед 13 хворих (10,8%) з виявленим перехідноклітинним НКР у 2 (15,4%) від-

мічалася гіпертермія в передопераційному періоді (таблиця 1).

Таблиця 1.
Гіпертермія у хворих з різними гістологічними формами нирково-клітинного раку

Гістологічні форми раку	Кількість хворих		Наявність гіпертермії до операції	
	абс	%	абс	%
Світлоклітинний	89	74,2	11	12,4
Хромобластний	2	1,7	1	50
Саркоматоїдний	5	4,2	-	-
Папілярний	9	7,4	-	-
Некласифікований	2	1,7	-	-
Перехідноклітинний	13	10,8	2	15,4
Всього	120	100	14	77,8

Аналізуючи отримані дані, встановлено, що із 89 хворих у яких виявлено світло-клітинний варіант нирково-клітинного раку, підвищення температури тіла було у 11 (12,4%). Відсутньою була гарячка у хворих з саркоматоїдним, папілярним варіантами та при некласифікованому нирково-клітинному раку. З 2 хворих з хромобластним гістологічним варіантом пухлини нирки гіпертермія спостерігалась у 1 (50%). При перехідноклітинному раку миски із 13 хворих підвищення температури зустрічалось у 2 (15,4%).

Із 14 хворих з гарячкою до операції у 78,6% виявлений світлоклітинний варіант, у 7,1% - хромобластний варіант. В 14,3% випадків гіпертермія спостерігалась при перехідноклітинному раку миски. Відсутність підвищення температури тіла відмічено при папілярному і саркоматоїдному варіантах нирково-клітинного раку, а також при некласифікованому раку.

Висновки

За наявністю гарячки у хворих на рак нирки та верхніх сечових шляхів можна певною мірою передбачити гістологічну форму пухлини, що важливо в прогностичному плані. Паранеопластична гіпертермія є симптомом світлоклітинного, хромобластного гістологічних варіантів нирково-клітинного раку, а також перехідноклітинного раку миски нирки. При тривалій неуточненій гіпер-

термії слід провести урологічне обстеження для виключення пухлини нирки та верхніх сечових шляхів.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження в даному напрямку дозволять покращити ефективність прогнозування гістологічних варіантів пухлин у пацієнтів з нирково-клітинним раком.

Література

1. Возіанов С.О. Роль ад'ювантної вакцинотерапії в лікуванні нирково-клітинного раку / С.О. Возіанов, В.І. Зубко, С.М. Шамраєв // Урологія. - 2006. - №4. - С.23-29.
2. Возіанов С.О. Нирково-клітинний рак: результати ад'ювантної імунотерапії залежно від експресії рецептора інтерферону І типу / С.О. Возіанов, А.М. Романенко, С.М. Шамраєв // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2006. - Т.7, №1. - С.7-10.
3. Сайдакова Н.О. Епідеміологія раку нирки в Україні / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, В.Л. Царенко [та ін.] // Здоров'я людини. - 2011. - № 2. - С.165-172.
4. Литвинець Є. А. Рак нирки: аналіз причин смерті хворих / Є. А. Литвинець // Урологія. - 2011. - т.15, № 3. - С.46-48.
5. Martel C.L. Renal cell carcinoma: current status and future directions / C.L.Martel, P.Lara // Crit. Rev. Oncol. Hematol. - 2013. - V.45. - P.177-190.
6. Motzer R.J. Prognostic factors for survival of patients with stage IV renal cell carcinoma: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience / R.J. Motzer, J. Bacik, M. Mazumdar // Clin. Cancer Res. - 2012. - V.10 (18 Pt 2). - P.6302S-6303S.
7. Pantuck A.J. Pathobiology, prognosis, and targeted therapy for renal cell carcinoma: exploiting the hypoxia-induced pathway / A.J. Pantuck, G. Zeng, A.S. Belldegrun // Clin. Cancer Res. - 2013. - V.9. - P.4641-4652.
8. Linehan W.M. Focus on kidney cancer / W.M. Linehan, B. Zbar // Cancer Cell. - 2004. - V.6. - P.223-228.

Реферат

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ РАКА ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НА ТЕМПЕРАТУРНУЮ РЕАКЦИЮ ОРГАНИЗМА
Литвинец Е.А., Билык И.В.

Ключевые слова: почечно-клеточный рак, паранеопластична гіпертермія, гістологічні форми почечно-клеточного раку.

У больних раком почки достаточно частым паранеопластичным синдромом является гипертермия. Целью нашего исследования было обнаружить закономерности возникновения повышения температуры тела у больных с опухолями почки в зависимости от их гистологической структуры, а также уточнить значение симптома лихорадки при опухолях почек в диагностике этого заболевания. Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней 120 больнх. Паранеопластична гіпертермія обнаружена в 14 (11,7%) случаях. Результаты. При гистологическом исследовании в 120 больнх обнаружены разные формы рака почки и верхних мочевых путей. Из 14 больнх с гипертермией, 78,6% - светлоклеточный вариант, в 7,1% - хромобластный вариант, в 14,3% случаев гипертермия наблюдалась при переходноклеточном раке лоханки. Отсутствие повышения температуры тела отмечено при папиллярном и саркоматоидном вариантах почечно-клеточного рака. Выводы. За наличием лихорадки у больнх раком почки и верхних мочевых путей можно в некоторой степени предположить гистологическую форму опухоли, что важно в прогностическом плане. Паранеопластична гіпертермія является симптомом светлоклеточного, хромобластного вариантов почечно-клеточного рака, а также переходноклеточного рака лоханки. При длительной неуточненной гипертермии следует провести урологическое обследование для исключения опухоли почки и верхних мочевых путей.

Summary

EFFECT PRODUCED BY DIFFERENT CANCEROUS FORMS OF KIDNEY AND UPPER URINARY TRACT ON THE TEMPERATURE RESPONSE OF THE BODY

Lytvynets Y.A., Bilyk I.V.

Keywords: renal cell carcinoma, paraneoplastichna hyperthermia, histological forms of renal cell cancer.

Introduction. Fever is a universal reaction to various stimuli, which is implemented by pyrogens. Hyperthermia is quite common paraneoplastic syndrome for the patients with renal cell carcinoma, which is explained by the ability of tumor cells enhance the production of endogenous pyrogens in the form of various hormones and bioactive substances (prostaglandins, prostacyclin, and others). Frequency of fever symptoms according to different authors is within 6-50% of cases.

Objective. The aim of our study was to identify the pattern of fever occurrence in patients with renal tumors according to their histological structure and clarify the correlation between fever symptoms and renal tumors in the diagnosis of this disease.

Materials and methods. We conducted a retrospective analysis of medical records of 120 patients who were subjected to radical surgery for kidney and upper urinary tract cancers in the urology department. Paraneoplastic pyrexia was observed in 14 (11.7%) cases. Among the patients there were 4 persons aged 40-50, 6 persons aged 51-60 years, 4 patients aged 61-70 years. There were 9 men and 5 women. Tumor in the left kidney was 9 and in the right were 5 patients. The patients were admitted to hospital for 4-8 months from the date of the first manifestation of clinical symptoms and body temperature.

Results. Along with the typical symptoms of kidney and upper urinary tract cancers as hematuria, palpable tumor, pain, fever occurs quite often. All the patients were observed to be feverish within 37.4-38.2 °C. Fever within the 37.6-38.0°C as the only symptom of the disease was detected in 5 patients, the combination of fever, back pain and hematuria was revealed in 6 patients, fever and pain in 2 patients, fever and hematuria in 1 patient. Body temperature in 11 patients was between 37.4-38.0°C, 3 patients had its rise to 39.0°C.

After surgery high temperature was returned to normal in 12 cases. In 2 patients temperature remained low-grade. But later metastases were found: in the 1 case - to the lungs and 1 - to at the aortic lymph nodes. Histological examination of 120 patients revealed various forms of cancer of the kidney and upper urinary tract.

The analysis of the data enabled to reveal among 89 patients with clear cell variant of renal cell carcinoma fever was detected in 11 persons (12.4%). Patients with sarcomatoids, papillary variants and unclassified renal cell carcinoma had no fever. In 2 cases with chromophil histological variant of renal tumor hyperthermia was observed in 1 person (50%). In 13 cases of transitional cell carcinoma of renal pelvis cases fever was encountered in 2 (15.4%) cases.

Among 14 patients who had fever before surgery 78.6% of cases were detected to have clear cell variant of renal cell carcinoma, 7.1% of cases had chromophobe cells carcinoma. 14.3% of cases were observed to have transitional cell carcinoma of kidneys pelvis accompanied with hyperthermia. No fever was observed in cases with papillary and sarcomatoid variants of renal cell carcinoma, as well as in unclassified kidney cancer.

Conclusions. The presence of fever in patients with cancers of kidney and upper urinary tract may help to some extent predict the histological type of tumor, which is of great clinical importance for prognosis. Paraneoplastic hyperthermia is a symptom of clear cell variant of renal cell carcinoma, chromophobe cells carcinoma and transitional cell carcinoma of kidney pelvis. During prolonged hyperthermia unspecified urological examination should be performed to exclude tumors of kidney and upper urinary tract.